全科医生对一位抑郁状态患者的家庭治疗

李杰[1] 姜岳[2]

[1]首都医科大学附属北京朝阳医院 100020；[2]清华大学第一附属医院全科医学科，北京，100016

通信作者：姜岳，Email：redtealook9@sina.com.

【摘要】通过介绍全科医生接诊 1 例抑郁状态的患者，应用生物-心理-社会医学模式及全科医学理念分析患者的家庭问题，并进行家庭治疗，以期更好地实施以家庭为单位的疾病管理。

【关键词】生物-心理-社会医学模式；家庭治疗；抑郁状态；全科医学

基金项目：首都医科大学 2021 年教育教学改革研究课题（2021JYY075）

General practitioner implements family therapy for a depressed patient

Li Jie[1]   Jiang Yue[2]

[1]Beijing Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing 100020, China;

[2]Department of General Practice, the First Hospital of Tsinghua University, Beijing 100016, China

Corresponding author：Jiang Yue，Email：redtealook9@sina.com

【Abstract】 By introducing a case of depression treated by general practitioner, the family problems of the patient were analyzed and treated with the Biological-Psychology-Society medical mode and the general practice concept, so as to better implement the family-based disease management.

【Key words】 Biological-Psychology-Society medical mode; Family therapy; Depressed state;

1 病例简介：

患者左某，女，51 岁，从事文书工作，主因“食欲不振，情绪低落，乏力 10 天”于 2021 年 2 月份来社区卫生服务中心的全科诊室就诊。在询问患者病情过程中，暴露出一些家庭问题，且患者的病情与家庭问题有明显内在联系。全科医生就其家庭问题与患者进行讨论，提出了解决办法，达成共识，通过家庭治疗，使患者本人同意尝试并努力调节家庭关系，取得了较好的效果。

现病史：患者 10 天前始因情绪波动后出现食欲不振，持续至今，伴情绪低落及乏力，无恶心呕吐，无腹痛腹泻，无头晕头疼，无吞咽困难。患者每日三餐饮食量少，主食约 150g/d，饮食结构合理，多次饮酒。否认近期节食史，否认用药史。近两天情绪再次波动后症状加重，遂就诊于我院，患者发病以来饮食差，入睡困难，大小便正常，体重减轻 1.5kg。

既往史：患者既往体健，否认其他病史，否认流行病学史，否认食物药物过敏史，否认精神病及心理病史。日常血压较低，波动于 90-100/50-60mmHg。

体格检查：血压 97/58mmHg。神清语利，甲状腺无肿大。心肺腹未见明显异常体征。

精神检查：患者营养一般，身材匀称，精神差，易叹气。时间、地点及人物定向力正常。语量及语速正常，有逻辑性。思维活动正常，感知觉正常，注意力集中，智力和记忆力正常，自知力和判断力存在。

辅助检查：心电图未见明显异常，患者拒绝进一步检查。

2 诊疗过程

应用 RICE（Reason、Ideas、Concern、Expect）原则[1]进行开放式询问得知，患者因食欲不振、心情低落、乏力等症状就诊，自认为症状与家庭问题有关，担心引起其它并发症，期望缓解症状并改善家庭关系。初步了解到患者存在家庭问题，那么作为全科医生应该单独预约患者在时间充裕的时间段深入了解具体的情况，才能有助于解决这一问题。

2.1 家庭问题

患者对其家庭问题的描述为：起因是患者和丈夫的三弟妻子关系不和，故春节期间患者的丈夫独自去三弟家祝贺新春。三弟妻子询问到患者本人为何没来祝贺？使患者的丈夫难堪，回家后和患者争吵。但患者认为三弟妻子的问候是故意所为，丈夫不应该就这个问题争吵。夫妻双方争吵后患者一直情绪不稳定，因此食欲不振，情绪低落。

通过深入了解丈夫的家族情况得知：患者的丈夫共有三兄弟，共同照顾老母亲，丈夫为人热情，心地善良，三兄弟之间关系融洽，家系图如图 1 所示。患者本人比较认可三弟，但对三弟妻子有不满。患者认为三弟妻子性格比较孤立，与家里诸多人关系不和，与患者关系僵硬。

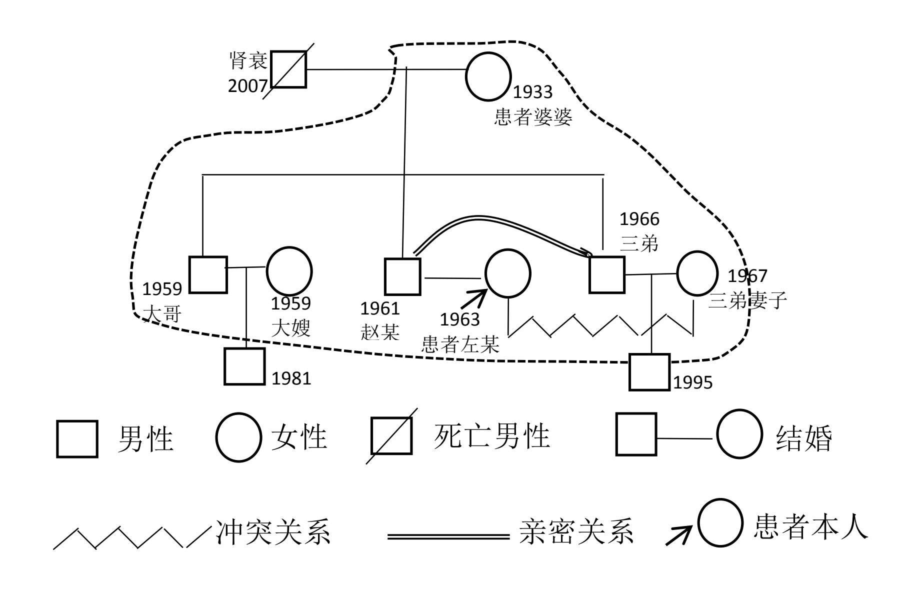


图 1 患者家系图

家庭评估：患者家庭既往夫妻和睦，没有较大的夫妻矛盾。此次患者不适症状与家庭生活事件相关，通过深入交流后得知，该家庭生活事件涉及家族外部成员，问题牵扯复杂。在处理患者所呈现的此类问题时，全科医生在决定是否干预前需要考虑伦理问题，并且界定问题的延伸层面。故而可以应用 PRACTICE 评估模型[2]进行家庭评估，具体见下表 1。

表 1 应用 PRACTICE 评估模型进行家庭评估

评估内容	问题展示
问题呈现（presenting problem）	家庭生活事件-夫妻吵架，因患者及丈夫对春节期间走亲访友的意见不同导致家庭生活事件发生
家庭角色及结构（role and structure of family）	家庭角色涉及患者、丈夫、婆婆、丈夫三弟、三弟妻子，家庭结构为主干家庭
影响（affect）	因争吵后情绪一直不稳定，继而引起食欲不振、情绪低落、乏力等轻度抑郁状态表现
交流（communication）	存在家庭内交流不畅，涉及此次事件相关问题时更为显著
家庭生活周期（time in life cycle）	空巢期
家庭疾病史（illness in family，past and present）	患者既往体健，丈夫患有高血压 2 级、2 型糖尿病、高脂血症病史，婆婆冠心病、高血压 2 级、骨关节病史
应对压力（coping with stress）	夫妻双方既往家庭事件压力应对尚可，此次家庭生活事件处理方法不当，目前仍存在相关问题的意见不和
家庭生态学（ecology）	家庭关系相对和谐，家庭资源充足，家庭内支持度受损

2.2 心理评估：可以通过基层常用的抑郁筛查量表和焦虑筛查量表。该患者 PHQ-9 抑郁症筛查量表[3]评分为 14 分，主要为 1-7 项症状超过一周（2 分）。

2.3 综合评估

功能性消化不良；睡眠障碍；抑郁状态（中度）；与伴侣的关系问题（夫妻吵架）；与家人的关系问题（妯娌关系不和）

该患者病情相对简单，但病情涉及层面较广，需以人为中心的全科医学原则

出发，从生物-心理-社会医学角度对患者现有问题进行综合分析[4]。此患者症状尚未达到疾病诊断的标准，但是患者的健康问题显著，存在未分化的症状，已影响到患者的日常生活，故可用基层医疗国际分类（The International Classification of Primary Care，ICPC)评估患者的健康问题诊断[5]。生物方面：目前存在食欲不振，情绪低落，乏力，入睡困难等症状，查体未见明显异常，考虑患者生物方面主要存在功能性消化不良，睡眠障碍。心理方面：依据 PHQ-9 抑郁症筛查量表筛查及患者症状表现可知，患者存在中度抑郁状态。社会方面：患者目前存在家庭生活事件有：与伴侣的关系问题（夫妻吵架）；与家人的关系问题（妯娌关系不和）。通过 PRACTICE 评估模型评估后可知，患者家庭应对压力尚可，家庭生态学相对和谐，故而可以考虑实施家庭治疗。

2.4 治疗方案

2.4.1、生物方面：

增加散步等运动，进食容易消化的食物，可少量多餐。睡前可以听一些舒缓的音乐。

应用黛力新（氟哌噻吨美利曲辛片）早晨及中午各 1 片，改善中度抑郁状态[3]。

2.4.2、心理方面：

站在患者立场上，换位（移情）理解患者的处境、心情，表达对患者所面临问题的理解和同情。安慰患者，食欲不振，情绪低落是由于家庭问题引起的抑郁情绪所致，目前并未引起严重心理疾病，消除患者疑虑。告知患者目前问题有解决办法，全科医生会一直提供帮助。

（1）积极倾听：给予患者足够的时间述说问题，通过耐心的倾听，让患者感受到医生对自己的关心和理解。

（2）引导患者觉察自己的情绪，并鼓励患者表达其情绪，以减轻苦恼和心理压抑。

（3）疾病健康教育，使患者客观地认识和了解自身的心理或精神问题，从而积极、乐观面对疾病。

（4）增强患者的信心，鼓励其通过多种方式进行自我调节，帮助患者找到

配合常规治疗和保持良好社会功能之间的平衡点[3][6]。

依据认知行为理论（CBT）[7]，改变患者认知，干预其行为，且可在后续随访中多次应用 CBT 理论对患者进行治疗：告知患者，与丈夫之间的争吵虽然令人恼怒，但暴露问题才能真正的解决问题，让患者认识到争吵本身是一种暴露问题和解决问题的方式，其背后隐藏的情绪并不是争吵的本意。患者对此问题有自己的看法，不愿意迁就丈夫的意见，这是独立表达想法的良好表现。让患者明白及时就医，对病情进行早干预，可以避免引起严重的生理疾病。

2.4.3、社会方面：

家庭治疗：家庭心理治疗,又叫做家庭治疗，是指针对家庭(成员)的心理问题而施行的团体心理治疗[8]。它以一个家庭的心理功能表现为出发点，针对家庭心理功能异常(包括家庭结构、组织、沟通、情感、角色扮演、成员间联盟关系及家庭认同等)出现的异常，在家人自行改善或纠正困难时，由专业人员运用家庭治疗的理论与方法予以解决，以改进家庭心理功能和解决心理问题[9]。本例中通过家庭评估后决定介入家庭治疗，主要应用萨提亚家庭治疗模式，在治疗过程中不能将家庭的某个成员脱离出来单独治疗，并且重点关注家庭成员之间的沟通。

萨提尔家庭治疗模式是维吉尼亚·萨提尔(Virginia Satir，1916-1988)创建的。该模式认为家庭治疗的主要目标在于整合家庭内外资源，帮助患者做出选择和构建更有效的沟通，学习管理情绪，最终达到“身心整合，内外一致”。在该治疗模式中，有许多干预技术和方法，运用较多的有冰山隐喻、沟通姿态、互动成分干预技术、家庭生活编年史和家庭重塑等。考虑到本例患者的需求，主要应用沟通姿态和互动成分干预技术来介入治疗。萨提尔把沟通姿态分为表里一致(congruence)、讨好(placating)、指责(blaming)、超理智(super reasonable)、打岔(being irrelevant)五种类型，其中表里一致是健康的沟通方式，具有直接、清晰和坦诚的特点。讨好以牺牲自我价值为代价，曲意迎合他人；指责意味着藐视他人，把自己的责任推卸给他人；超理智者通常过分谨慎，保持非人性的客观，太讲原则，过于僵化；打岔是超理智的对立面，打岔者企图将别人的注意力从正在讨论的话题上引开，不断变换想法，不表示明确的立场，唯恐得罪他人。互动成分干预技术关注人们在交流沟通是所进行的信息和情绪的组合模式或序列，并通过干预调整使交流沟通更健康、更充分、更科学的治疗手段[10] [11]。

（1）初次就诊：家庭治疗需要有良好的医患关系，患者及家属对全科医生要有充分的信任感。医生要努力与患者及家庭建立良好的信任关系，除了医生的人格魅力和职业技能外，还需要医生必须有对这种关系的敏感性，掌握良好的交流技巧。全科医师因本身特殊性，与家庭签约等关系存在，可以获得和维持患者及家属的良好信任关系。并且全科医生与患者之间的长期信任关系也是患者寻求帮助的缘由和治疗的基础。因为本例中患者与全科医生有良好的信任关系，故此阶段在治疗中可以酌情跳过。

（2）界定问题：通过倾听患者的叙述得知，患者此次家庭问题是以患者与三弟妻子的矛盾为基础，由春节特殊时期引发的，事件患者与丈夫的对此事件的价值取向不同为内在原因，行为不一致为外在原因。由于患者与三弟妻子的矛盾由来已久，且在此次家庭生活事件发生之前并未过度影响患者情绪，全科医生对于三弟妻子不了解，以及伦理问题等，所以此次主要解决患者与丈夫之间的矛盾，而不涉及患者与三弟妻子之间的矛盾。

（3）治疗干预：稳定患者情绪，预约患者携其丈夫当天下午一起就诊。通过让患者及其丈夫双方就此次家庭生活事件发表看法，期间应用沟通姿态分析得知妻子以指责和打岔为主，丈夫最初以讨好和打岔为主，其后以指责和超理智为主。告知患者及其丈夫双方的沟通姿态后，双方在后续沟通过程中均有所改善。继续以互动成分干预，剥离信息表达和情绪表达，在信息表达中双方就此次家庭生活事件达成和解；在情绪表达中，患者渴求理解和支持，丈夫希望尊重和妻子的通情达理。

在治疗过程中双方情绪波动有明显的变化，起初对问题避讳谈及，双方问题诉说浅尝辄止；然后妻子敞开心扉，但其丈夫仍然有所闪避；再后双方情绪激动，问题完全暴露；再者告知沟通姿态后，双方冷静分析后情绪稍缓解；最后应用互动成分干预后双方情绪稳定。

通过此次家庭治疗干预，双方就争吵的家庭生活事件达成和解，家庭治疗初步成功，需要继续观察后续情况。若效果不佳，必要时多次多阶段治疗。

（4）随访：预约患者及丈夫在 2 周后一起面对面随访。

2.5 随访结果：

患者在 2 周后携丈夫一同随访，通过访谈得知两人关系恢复正常，消除了隔

阅，患者精神状态明显好转，食欲和睡眠好转，重新评估 PHQ-9 抑郁症筛查量表为 5 分，继续目前治疗方案，酌情停用黛力新。同时为患者丈夫进行了慢性病的诊疗。在重新评估家庭治疗后，目前患者家庭关系和谐，交流沟通科学有效，可结束家庭治疗，建议今后在遇到家庭矛盾时，认清客观事实，必要时找全科医生就诊。

3 讨论

3.1.全科医生介入家庭问题及实施家庭治疗的必要性

对于全科医生来说，家庭问题在社区卫生服务中集中体现了生物-心理-社会医学模式的运用，需要重视健康和疾病与患者人格、生活方式、自然环境和人际关系之间的强有力关系，理解人际关系对于疾病有强大的影响[12]。家庭医学中家庭和疾病的相互影响。面对疾病时，不仅仅是病人需要有病人多角色适应，病人多家属也需要有角色适应，如病人家属对病人负有日常照顾，情感关怀，经济支持等等的责任，并且这些责任是无法被医生提供医疗服务替代。在慢性病管理中，越来越多的学者在引入家属参与的治疗方案，往往都会取得不错的疗效。但是事情都具有双面性，家庭和疾病有良性互动的同时，不可避免的也会出现恶性影响，很多患者的健康问题不可避免的涉及其背后的家庭问题，往往需要在解决家庭问题的前提下才能真正有效的改善患者的健康问题，如本案例中所提及的家庭中的情绪问题所引起的疾病诉诸。目前有家庭治疗师的存在，那么为什么是全科医生来实施家庭治疗呢？全科医生区别于家庭治疗师，全科医生作为家庭的朋友，在帮助一个家庭改变的同时还对家庭的成员进行其他治疗；而且在结束治疗时，家庭治疗师对于家庭没有后续责任，而全科医生对于家庭成员的责任是无止境的、全方面的照顾[12]，全科医生在可及性、便捷性、持续性等方面也明显优于家庭治疗师。由于出现家庭问题的患者往往以躯体化症状来找全科医生就诊，全科医生掌握一定的家庭评估和治疗的技巧，有助于在解决患者躯体疾病的同时干预家庭问题，一站式解决多重问题，具有更好的便捷性和连续性管理的优势。

3.2.全科医生对健康问题评估的不同层面

由于全科诊疗的便捷性和可及性，来找全科医生就诊的患者既有未分化症状的患者，也有多病共存的复杂疾病患者，全科医生与专科医生在诊疗方面的区别除了能全面诊治各科疾病之外，还能运用生物-心理-社会医学模式深入分析患者存在的各种问题，具体的问题属于生物、心理、社会因素中的那个层次，以及各种问题之间的因果关系和相关性，有助于更全面、更有效的真正解决患者的问题，使患者对全科诊疗有更好的获得感和认可度[12]。对于本案例的患者来说，她是以未分化症状而来就诊的，如果单纯以生物医学的角度来看，仅仅只有一些简单的症状，尚未达到疾病诊断的标准，而在生物-心理-社会医学模式框架下，可以评估出患者在生物、心理、社会不同层面中存在的问题，即使无法进行疾病诊断，仍然可以运用基层医疗国际分类（ICPC）[5]来确定患者的问题诊断，从而确定了在生物、心理、社会不同层面进行干预的方向。

3.3.全科医生在家庭干预方面的优势和难点

在患者寻求健康支持过程中，因患者与全科医生的良好医患关系基础，通过长期随访对彼此有更多的了解，患者更有可能充分暴露健康问题背后的其他原因。全科医疗是可及的、方便的基层医疗照顾，社区中的每个家庭都是它的服务对象，在地理位置、使用方便、关系亲切、结果有效方面，都成为全科医生进行家庭评估和治疗的优势。全科医学的连续性照顾可以及时发现疾病，对家庭健康、家庭各个周期阶段均可进行预见性指导，且其相对固定的服务关系有助于促进家庭治疗的预后[13]。大多数患者在身体不适时，首先诉诸的对象大多数不是医生而是家人，即使家人不能提供医疗服务，但是家人所提供的照顾，安慰通常比医生所提供的医疗服务更早的作用于患者。而全科医生也就是家庭医生，区别于普通医生的不仅仅是可以提供方便可及的医疗服务，更在于他的角色对于提供上述的照顾和安慰是得天独厚的，这也是在深层次中家庭医生的意义所在。全科医生所提供的照顾和安慰又是基于医学理论和医疗服务的，使其照顾和安慰更具有科学性，有效性和信服力。家庭医学系统理论是全科医学理论中的特色理论，该理论认为全科医生在诊疗中，除了考虑患者生理问题，还需关注患者的家庭，包括家庭中

各种因素对患者患病、治疗、康复的影响[14]。

全科医生以家庭为单位的照顾，根据服务中考虑家庭因素和对家庭的干预分为 5 个层级，其最高等级为家庭治疗，但提供家庭治疗服务的全科医生需接受专门的训练，而且家庭问题也是临床中难以暴露和治疗的部分，需注意方式方法，避免激化家庭矛盾[15]。家庭治疗在目前的全科医学领域尚不成熟，且在全科医疗服务中，对于家庭治疗并无过多要求，也无相关政策支持和绩效激励等。在繁忙的全科医疗工作中，实施家庭治疗需要全科医生有高度的责任感，抽出额外的时间实施治疗，而且治疗需要高度信任的医患关系。更重要的一方面是，在实施家庭治疗过程中所涉及的伦理问题尚有争议，需要在介入治疗前充分评估。但是全科医师在面临此类问题时，如前文必要性所述，及时和适当的介入家庭治疗是必要的，因此也需要相关政策在伦理和其他方面的支持。

3.4.目前全科医生在家庭治疗方面的不足之处以及改进意见

目前全科医学仍处于普及阶段，虽然已经有家庭评估和治疗的相关理论，但是在实践中并未真正做到以家庭为单位的健康照顾，家庭治疗在国内全科医生中认可度不高。根据相关文件[16]，目前的家庭医生签约服务并未涉及家庭评估、家庭治疗的内容，难以解决疾病背后的家庭问题。国外有相对成熟的家庭治疗体系，就其自由的市场竞争来说，家庭治疗存在有其意义。国内的家庭医疗主要由全科医生作为实施的主体，应该借鉴国外相对成熟的经验，做到真正意义上的以家庭为单位的健康管理。更进一步挖掘全科医学的深度，拓展全科医学的学术范畴。

因此，有必要提高全科医生对就诊患者存在家庭问题的认识，培训全科医生掌握家庭问题评估和干预的技能，在患者暴露出家庭问题或者有比较复杂的健康问题时，能深入探讨患者疾病背后的家庭关系和社会背景所造成的影响，发挥全科医生的专业技能和综合协调的职责，与患者家庭成员一起促进家庭问题的解决。培训全科医生熟练应用生物-心理-社会医学模式的相关技能，通过发现家庭问题并及时进行家庭治疗，必要时转诊相关专科进行协助，可以更深入的发挥全科医学连续性管理和综合管理的特色，有助于更好的实施以家庭为单位的健康管理。

参考文献

[1] 全科医生转岗培训大纲(2019 年修订版)[J]. 全科医学临床与教育, 2019, 17(5): 388-392+404.
[2] 李井泉. 家庭医学的未来——家庭医生服务质量的提高及评估[J]. 中国全科医学, 2005(15): 1228.
[3] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 抑郁症基层诊疗指南(2021 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(12): 1249 - 1260.
[4] 贯彻全科医学理念　践行全科医疗——基于实际环境、背景下的照顾[J]. 中国全科医学, 2018, 21(27): 3277.
[5] 路孝琴, 梁万年, 贾庆春, 等. 基层医疗国际分类(ICPC)及其在全科家庭医疗中的应用[J]. 中国全科医学, 2003(01): 86 - 88.
[6]中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 抑郁症基层诊疗指南(实践版·2021)[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(12): 1261 - 1268.
[7]汪军, 崔晓, 周翠侠, 等. 认知行为疗法临床应用研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(09): 834 - 838.
[8]易进. 心理咨询与治疗中的家庭理论[J]. 心理学动态, 1998(01): 38 - 43.
[9]胡赤怡, 李维榕, 王爱玲. 试论家庭治疗的理论基础[J]. 医学与哲学, 2005(08): 63 - 65.
[10]王琪, 杨帆. 萨提尔家庭治疗模式评析[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2008(8): 58-59+70.
[11]Ian Renwick McWhinney;姜岳主译.McWhinney`s Textbook of Family Medicine[M].江苏凤凰科学技术出版社,2019.10:49-53
[12]于晓松,季国忠.全科医学 [M] .北京:人民卫生出版社,2016:20-24.
[13]Ian Renwick McWhinney ；姜岳主译.McWhinney`s Textbook of Family Medicine[M].江苏凤凰科学技术出版社,2019.10:49-56
[14]　顾湲. 从理想到实践：读《麦克温尼家庭医学》有感[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(12): 1187 - 1188.
[15]于晓松,季国忠.全科医学 [M] .北京:人民卫生出版社,2016:32-48.
[16]国家基本卫生服务规范 (2019 年版) [S]. 北京: 国家卫计委, 2019.